

## ЖАЛОБА

Заполните и подпишите эту форму, если Вы подаете жалобу на организацию, предоставляющую Вам план медицинского обслуживания (health plan), и

- Вы не удовлетворены решением организации, предоставляющей Вам план медицинского обслуживания, или
- Вы не получили ответ на свою жалобу от организации, предоставляющей Вам план медицинского обслуживания, в течение 30 дней.

Если вы хотите разрешить другому лицу помогать Вам с подачей жалобы, Вы должны также заполнить форму утверждения помощника пациента.

**Если ваша жалоба связана с серьезной угрозой для здоровья**, немедленно позвоните в Центр помощи пациентам Организации страховых медицинских компаний (DMHC). Звонки по этим номерам бесплатные.

1-888-466-2219

Телефонная линия для слабослышащих (TDD): 1-877-688-9891

## СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Имя \_\_\_\_\_ Инициал среднего имени \_\_\_\_\_ Фамилия \_\_\_\_\_

Имя родителя или опекуна, если жалоба подается от имени несовершеннолетнего \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Почтовый индекс \_\_\_\_\_

Контактный телефон в дневное время: \_\_\_\_\_ Контактный телефон в вечернее время: \_\_\_\_\_

Название плана медицинского обслуживания: \_\_\_\_\_

Индивидуальный номер медицинской страховки\* \_\_\_\_\_ Дата рождения пациента (мм/дд/гггг) \_\_\_\_\_

Название сети медицинских учреждений (Medical Group)\* \_\_\_\_\_

Номер сети медицинских учреждений (Medical Group)\* \_\_\_\_\_

\*указаны на Вашей карточке медицинского страхования

- |   |  |                             |                              |
|---|--|-----------------------------|------------------------------|
| 1 | Вы получаете помощь по программе Medi-Cal?   | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |
| 2 | Вы получаете помощь по программе Medicare или Medicare Advantage?  | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |
| 3 | Вы подавали жалобу в организацию, предоставляющую Вам план медицинского обслуживания (т. е. пытались обжаловать ее решение)? | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |
| 4 | Организация, предоставляющая Вам план медицинского обслуживания, аннулировала Вашу медицинскую страховку?                    | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |
| 5 | Изложите вашу жалобу: (при необходимости возьмите дополнительный лист)   |                             |                              |

Например: Какую услугу Вы хотели получить от организации, предоставляющей Ваш план медицинского обслуживания, или от лечащего врача?

Чем Вы остались недовольны после получения услуги, оказанной Вам организацией, предоставляющей Ваш план медицинского обслуживания, или лечащим врачом?

Какие проблемы с оплатой возникли у Вас при взаимодействии с организацией, предоставляющей Ваш план медицинского обслуживания, или с лечащим врачом?

6 Какая проблема со здоровьем или какой диагноз имеет отношение к этой жалобе?

---

---

7 Какое лечение Вы получали по поводу этой проблемы со здоровьем?

---

---

8 Перечислите врачей, которые оказывали Вам медицинскую помощь по поводу Вашей проблемы со здоровьем, если Вы знаете их имена.

---

---

9 Подавали ли Вы другую жалобу по поводу этой проблемы в Центр помощи пациентам DMHC или в другую государственную организацию?

В Центр помощи пациентам DMHC?

Укажите регистрационный номер жалобы (если известен) \_\_\_\_\_

В другую государственную организацию?

Укажите регистрационный номер жалобы (если известен) \_\_\_\_\_

Укажите название государственной организации: \_\_\_\_\_

10 Приложите **копии** документов, имеющих отношение к Вашей жалобе, в том числе письменные отказы, Ваши жалобы, поданные в организацию, предоставляющую Ваш медицинский план, и ответы, полученные из этой организации, счета, а также документы, подтверждающие наличие льгот.

Оригиналы документов не возвращаются.

11 Я прошу Управление регулируемого медицинского обслуживания (DMHC) помочь в принятии решения по поводу моего вопроса, касающегося плана медицинского обслуживания. Я понимаю, что копия моей жалобы будет отослана в организацию, предоставляющую мне план медицинского обслуживания. Я разрешаю врачам, которые оказывали мне помощь раньше и которые оказывают мне помощь в настоящее время, и сотрудникам организации, предоставляющей мне план медицинского обслуживания, предоставить мои документы в DMHC. К этим документам могут относиться медицинская карта, записи о лечении психического заболевания, карта наркологического больного, документы о лечении HIV-инфекции и результаты тестирования на HIV, результаты обследований методами лучевой диагностики и другие записи, относящиеся к моему заболеванию. Та же могут быть запрошены документы немедицинского характера и другая информация, относящаяся к рассматриваемому случаю. Я разрешаю DMHC просматривать эти документы и запрашивать необходимую информацию. Мое разрешение действительно в течение года, начиная от указанной ниже даты, за предусмотренными законом исключениями. Например, закон позволяет DMHC продолжать использовать мою информацию для внутренних целей. Я вправе отменить свое разрешение в любое время. Вся информация, указанная в этом бланке, верна.

Форма утверждения помощника пациента прилагается?

Да

Нет

Подпись пациента или родителя \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Отошлите эту форму и все прилагающиеся документы по почте или факсом: **Help Center, Department of Managed Health Care, Complaint Unit, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814; Факс: 916-255-5241**

## ФОРМА УТВЕРЖДЕНИЯ ПОМОЩНИКА ПАЦИЕНТА

- Если Вы хотите наделить другое лицо правом помогать Вам при подаче заявления о проведении независимой медицинской экспертизы (IMR) или в процессе подачи жалобы, заполните разделы "A" и "B" этой формы.
- Если Вы являетесь родителем или официальным опекуном, подающим заявление о проведении IMR или жалобу от лица ребенка младше 18 лет, Вам не нужно заполнять эту форму.
- Если Вы подаете заявление о проведении IMR или жалобу от имени пациента, который не может заполнить эти документы самостоятельно по причине недееспособности или неправоспособности, и у Вас есть официальное право действовать от имени этого пациента, заполните только раздел "B". Также приложите копию доверенности, разрешающей вам принимать решения относительно медицинской помощи, оказываемой пациенту, или другие документы, свидетельствующие о том, что Вы наделены правом принимать решения за пациента.

### Раздел А: Пациент

Я разрешаю лицу, указанному ниже в разделе "B", помогать мне при подаче заявления о проведении IMR или при подаче жалобы в Управление регулируемого медицинского обслуживания (DMHC). Я разрешаю специалистам DMHC и IMR предоставлять информацию о моем состоянии здоровья (диагнозах) и оказанных мне медицинских услугах лицу, указанному ниже. Эта информация может включать сведения о лечении психических расстройств, о лечении HIV-инфекции или о результатах тестирования на HIV, о лечении от алкоголизма или наркомании, а также другие сведения медицинского характера.

Я понимаю, что этому лицу будет сообщена только информация, относящаяся к IMR или к поданной жалобе.

Мое разрешение на оказание такой помощи является добровольным и я вправе отменить его в любой момент. Если я захочу отменить это разрешение, я должен сделать это письменно.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

### Раздел В: Помощник пациента

Фамилия, имя помощника пациента (печатными буквами) \_\_\_\_\_

Подпись помощника пациента \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Кем приходится пациенту \_\_\_\_\_

Контактный телефон в дневное время: \_\_\_\_\_

Контактный телефон в вечернее время: \_\_\_\_\_

Прилагаю копию доверенности, разрешающей мне принимать решения относительно медицинской помощи, оказываемой пациенту, или другой документ, свидетельствующий о моем праве принимать решения за пациента.

## ЭТО УВЕДОМЛЕНИЕ ПРЕДПИСАНО ЗАКОНОМ\*

Закон Нокса-Кина (Knox-Keene Act) штата Калифорния предоставляет Управлению регулируемого медицинского обслуживания (DMHC) право регулировать работу организаций, предоставляющих планы медицинского обслуживания, и рассматривать жалобы лиц, пользующихся этими планами.

- Центр помощи пациентам НМО при DMHC использует Ваши личные данные для рассмотрения Вашей проблемы, касающейся плана медицинского обслуживания, и для проведения независимой медицинской экспертизы, если она необходима.
- Вы предоставляете эти данные в DMHC добровольно. Вы не обязаны предоставлять их.
- Однако без этих данных рассмотрение Вашей жалобы или проведение независимой медицинской экспертизы невозможно.
- При необходимости Ваши личные данные будут предоставлены организации, предоставляющей Вам план медицинского обслуживания, и врачам, проводящим независимую медицинскую экспертизу.
- Если это требуется по закону или разрешено законом, данные о Вас могут быть предоставлены другим государственным организациям.
- У Вас есть право просматривать Ваши персональные данные. Для этого обратитесь к Координатору запросов о просмотре личных документов DMHC (DMHC Records Request Coordinator), DMHC, Office of Legal Services, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814-2725, 916-322-6727.

\* Добавление этого уведомления предписано Федеральным законом о защите персональных данных 1977 года (Гражданский кодекс Калифорнии, Раздел 1798.17).